CENNI ULTERIORI SULLA ESPULSIONE TOTALE DELL'APPARATO…

Gian Antonio Gioppi





CENNI ULTERIORI

SULLA

ESPULSIONE TOTALE DELL'APPARATO

CAPSULO - LENTICOLARE

DEL PROFESSORE

G. A. GIOPPI



PADOVA
R. STAB. DI P. PROSPERINI
1870



Dopo la pubblicazione da me fatta, in sul principio dello scorso anno, di un nuovo metodo che io proposi per operare la cataratta coll'espulsione *in toto* di capsula e lente senza ectomia dell'iride, (V. questa Gazzetta, Anno XI, N. 52 e Anno XII, N. 1 ") mi giunsero e delle confortanti espressioni d'incondizionata adesione, e varie lusinghiere attestazioni, non senza qualche collegiale appunto ed osservazione. Gratissimo alle prime, non lo sono per nulla meno ai secondi, e mi adoperai nel rispondere ai diversi appunti, con quella sollecitudine che per me era possibile.

Che se qualche onorevole Collega non avesse immediatamente ricevuto il chiesto riscontro, voglia ascriverlo, più che ad altro, alla grande irregolarità postale, per cui, ad es. il cav. Moyne di Napoli, non ricevette che la terza spedizione del mio opuscolo.

Fra le osservazioni, la seguente cadutami sott'occhio giorni sono, mi sorprese, debbo dirlo, e pel contenuto e per la forma, che in verità non trovai come in tutte le altre schiettamente collegiale, e quale dovrebbe essere, mi sembra, in questioni meramente scientifiche, e più ancora specialmente se non tendono esse, come è nel caso concreto, che a giovamento esclusivo della sofferente umanità.

Il signor Mazzoni di Roma, riferendo di un suo viaggio all'estero, rivolge all'illustre Feliciani (nell'An-

chivio di Chirurgia, Medicina ed Igiene di Roma, fascicolo IV., pag. 348-49), un ragionato sunto di operazioni chirurgiche ed oculistiche, delle quali fa parte il brano seguente.

« In Londra fin dal 1862 tenuto conto delle idee di Sperino di Torino, di estrarre cioè tutto l'apparato cristallino (capsula e lente) mediante la pressione, il Critchett si provò far la stessa cosa mediante un cucchiaino, e ne ho veduta una serie completa nelle buste da cataratta. Dipoi, osservando il Critchett che dall'introduzione ripetuta degli strumenti nell'interno dell'occhio, seguivano assai spesso iritidi ed atresie pupillari, abbandonò tale metodo di estrazione, che da due anni ebbe cola fatto il suo compito »

« Nel 1866, il Castorani di Napoli di passaggio in Roma, mi mostrò il suo metodo, che era quello stesso di Critchett, a meno del taglio che era lineare. Nell'anno seguente praticai più volte questo metodo, e lo mostrai ai giovani, che in buon numero assistono sempre alle operazioni oculistiche da me praticate nello stabilimento oftalmojatrico Torlonia, ma dopoche i risultati ottenuti riescirono meno felici del metodo classico, io l'ho ritenuto per servirmene soltanto in casi speciali. »

« Fui meravigliato nello scorso anno quando per mezzo della stampa si fece ammirazione e si dette per nuova nel nostro paese mercè siffatta. Eppure non si trattava che dell'estrazione dello Sperino, praticata variamente dal Critchett, ripetuta in Napoli dal Castorani ed in Roma da me. Di guisa tale che il Gioppi avrebbe il merito di aver reso noto al mondo scientifico questo metodo, e di averne modificato gli strumenti per meglio servirsene. Che se si volesse ritenere come modificazione essenziale il non fare contempora-

neamente l'iridectomia, risponderei, che nel metodo lineare l'iridectomia non costituisce una condizione *sine qua non* del metodo, ma invece viene eseguita secondo la particolarità dei casi. E valga tutto questo a render più esatta la storia dei fatti »

Il dettato del sig. Mazzoni pecca, mi pare, di qualche inesattezza.

E diffatti, che egli abbia eseguita nel 1867 la operazione da me proposta nel 1869 dopo averla veduta fare in Roma dal Castorani nel 1866, Egli lo dice, ne io voglio porlo minimamente in discussione; e così pure non dubito che abbia vedute, come asserisce, una serie completa di cucchiaini nelle buste da cataratta del sig. Critchett, ma perciò che riguarda l'esecuzione da Questi fatta dell'atto operativo da me proposto, mi permetta di dubitarne seriamente, attesochè si il Critchett che il Bowmann nella Rivista Clinica mensile per l'oftalmologia, anno 1864-1866, ove parlano a lungo delle modificazioni ritenute da essi necessarie alla felice idea di Jacobson, della incisione cioè da farsi nel sacco coroco-sclerale anzichè nella cornea, non fanno parola che della incisione corneale più conveniente e dei loro cucchiaini modificati su quelli di Valdan-Schuft, e parlano sempre dell'ectomia dell'iride, della cistotomia della cristalloide anteriore, e solo dopo questi due momenti operativi, della susseguente estrazione della lente; e così pure nel Congresso di Parigi del 1868, il Critchett non accenna che alla estrazione della lente, previa però sempre l'iridectomia e l'apertura della capsula anteriore del cristallino.

Del resto, anche in Roma stessa, sembra che il metodo da me proposto non sia stato molto conosciuto prima del 1869, se l'illustre Rosmini, dopo avere colà praticata una operazione con detto mio metodo e pro-

priamente in un paziente presentatosi al dispensario di quello stesso prof. Feliciani, al quale il sig. Mazzoni dirige la sua relazione, scriveva nella *Rivista di Medicina, Chirurgia e Terapeutica*, fasc. IV, pag. 93 da Roma li 10 aprile 1869.

Chiarissimo Collega,

Roma, 10 Aprile 1869.

Se questa mia vi arriva prima di completare o di porre in torchio la vostra *Rivista medico-chirurgica*, mi piacerebbe che commemoraste ai vostri lettori la notizia, che io fui alla clinica del prof. Gioppi, lo vidi operare col suo metodo, descritto nella *Gazzetta Medica di Padova*, 4 cataratte, e vidi altresì diversi soggetti già da parecchi giorni operati. La semplicità dell'atto operativo, i risultati immediati e consecutivi a cui fui testimonio, mi convinsero esser desso adottabile su larga scala di casi ed applicabile persino ai dispensarii sugli ammalati ambulanti. Acquistai gli stromenti, ripetei più volte gli sperimenti sul cadavere ed appena mi si offerse opportuna occasione, lo praticai qui in Roma, sopra un vecchio di 65 anni, presentatosi al dispensario del prof. Feliciani. L'esito della operazione, ossia dell'estrazione catarattosa unita alla capsula, fu così brillante al momento e così completo in seguito, che nelle prime 24 ore potei sfasciare l'occhio, lasciandogli la semplice protezione di una visiera, e nella settima giornata, che spero sia domani, lo stesso ammalato sarà in grado di subire, secondo il suo desiderio, la stessa operazione nell'altro occhio. Mi riservo aggiungere la storia dettagliata di quello e di altri casi che dovrò operare costà, e i commenti sull'atto operativo del Gioppi e sulle modificazioni di cui è suscettibile. Frattanto vi prego di inserire, e nelle

forme che meglio credete, la notizia che sopra vi ho data, onde abbia la soddisfazione di essere il primo a lodare un trovato italiano e ad incoraggiare i pratici ad esperimentarlo

Vostro Affez. Collega ed Amico
G. Bosmini

Dopo tutto, però anche lo stesso sig. Mazzoni, lasciandomi il merito di avere reso noto al mondo scientifico questo nuovo metodo, me ne accorda implicitamente, a quel che pare, quella priorità che in argomento, del resto sì rilevante sotto ogni altro rapporto, sarebbe veramente di poco o nessun valore, ed alla quale, ove gli piacesse, rinnozierei anche di buon grado a di lui favore, purchè ottenessi lo scopo principale, e ben altrimenti importante, di farlo universalmente adottare.

Un solo appunto vorrai ancora fare all'espressione di meraviglia, per la ammirazione dimostrata in qualche paese alla pubblicazione di merce siffatta.

Si assicuri il sig. Mazzoni che, sebbene tal merce non sia stata importata dall'estero, non è perciò, e lo sostengo col più profondo convincimento, nè meno buona, nè meno accettabile di quella che ci giunge d'oltremonte e d'oltremare, ed io mi lusingo invero assai più della di lei esportazione che, vogliasi o non vogliasi, oso ripeterlo coscientemente, sarà un effetto indeclinabile del ripetuto esperimento, dell'acquisito facilissimo tecnicismo.

Mi conforta in questo senso, la breve ma franca parola dell'illustre oftalmologo di Praga Hasner Cav. di Arta, il quale, dopo aver esperito il mio metodo in cinque casi, ebbe a dire nel fascicolo II. del giornale trimestrale per la medicina pratica 1869, pag. 79, che la

espulsione *in toto* da me proposta gli riuscì sorprendentemente facile, che in verun caso ebbe prolasso di vitreo, e che i pazienti guarirono rapidamente e senza irite. Prudentemente però soggiunge: che si doveano attendere ulteriori osservazioni prima di pronunciare un giudizio definitivo sul valore del metodo Gioppi, ma che ciò poteva essere però immediatamente dichiarato: che la operazione della cataratta, ove voglia corrispondere ai postulati della teoria, all'ideale di quest'atto operativo, dovrà mirare d'ora in poi esclusivamente alla estrazione totale di capsula e lente, che Hasner chiama *luxatio-extractio*, e che tutti gli altri processi erano di gran lunga da posporsi a questo, il quale mirava al più perfetto degli scopi.

Devo pure ripeterlo, il solo Sperino in Italia, Pagenstecher a Wiesbaden e Knapp attualmente a Nuova York, furono sin ora i soli che riflettessero seriamente ed agissero in pari tempo, ma in vario modo, allo scopo di espellere contemporaneamente capsula e lente; il primo con un metodo per me e per molti altri assai più distinti oftalmologi difficilissimo e di incerta riuscita, gli altri due sottoponendo l'operando a profonda narcosi e praticando in pari tempo l'escisione dell'iride; narcosi ed escisione, che per i motivi esposti già nella mia prima pubblicazione (pericolo cioè benchè lontano per la vita dell'operando nel primo caso, e necessità assoluta di un assistente esperto nel secondo) io tengo assolutamente ad escludere col mio metodo.

Che se poi si credesse con ciò, che io sostenessi essere il desiderio e la tendenza dell'allontanamento contemporaneo della cristalloide e della lente dovuti per primo allo Sperino, sarebbe anche questo un errore, perchè già Richter e Beer esposero chiaramente nei loro classici scritti tale desiderio, il secondo anzi dice-

de qualche precetto in argomento, che però riesce insufficiente allo scopo

A nessun operatore oculista sfuggì, che la massima parte dei disastri susseguenti ad una estrazione di cataratta, dipende dalla rimanenza nella cavità bulbare di frammenti specialmente di cristalloide, i quali proliferando delle cellule meno trasparenti, ed in qualche caso di vero pus, inducono per lo meno un intorbidamento della cristalloide posteriore, già segnalato dal Businelli come esistente anche nelle meglio riuscite operazioni di estrazione per qualsiasi altro metodo eseguite, od una necessità d' un cangiamento di compensazione indicatoci da Mooren; ma son ben anche di frequente una causa persistente di fusione purulenta del bulbo o di atrofia di esso.

Per me sta fermo ed inappuntabile fin ora ciò che scrisse Wecker nel suo *Trattato pratico delle malattie degli occhi*, Parigi 1869, Vol. II pag. 228:

Che nei casi nei quali la operazione dell'estrazione dell'apparato lenticolare senza apertura della cristalloide si effettua scevra da complicazione, la guarigione procede con una meravigliosa rapidità, e non provoca la più piccola irritazione dell'occhio, e da una acuità di visione, che Pagenstecher segna con V = 1 « la guérison se fait avec une merveilleuse rapidité, n'occasionne pas la moindre irritabilité de l'oeil, et donne un acuité excellente V = 1. »

Con tali premesse non sembrerebbe semplice ed ovvio che ogni operatore dovesse mirare a tale scopo, preferibilmente a qualsiasi altro?

Eppure non è così, e quando rammento che nell'ultimo Congresso oftalmologico della Germania, tanti e sì potenti ingegni, e tutti distinti cultori della oftalmologia occuparono varie sedute nello studiare il

modo più acconcio, efficace e semplice e sicuro di praticare la cistotomia della cristalloide anteriore per la estrazione lenticolare, esaminando se fosse più adatto o l'ago semplice o il falciforme o la *flueteo* qual so altro stromento, mentre Assalini, sia detto incidentalmente, la praticava in Barberia con un semplice ago da cucire, che divenoe poi il modello dello *Stoppelnadel* di Bowmann, non posso a meno di convenire con Goethe, che pare proprio destino dell'uomo di cercare il vero Vero sempre a preferenza cola ove non si possa trovare.

Le ricerche e le discussioni sulla cistotomia della cristalloide anteriore, come secondo momento costituente di necessità l'atto operativo delle varie estrazioni, dovrebbero, a mio avviso, essere abbandonate, o divenire soggetto di studio solo allora, che volendo praticare la estrazione classica a lembo corneale di otto o nove sedicesimi, allo scopo di conservare una pupilla più rotonda e centrale, si pensasse di associarvi anche l'apertura della posteriore col geniale e profondamente logico processo di Hasner, il quale aprendo in pari tempo oltre la capsula anteriore, la posteriore non solo, ma anche la jaloidea della fossa patellare, fa sì che ne esca attraverso un piccolo getto di vitreo, il quale valga a respingere perifericamente dal punto centrale, coincidente quindi coll'asse ottico, ogni specie di jaloidea; ed ove non abbia luogo una reazione, che è pur troppo frequente in tale atto operativo, dà per esito terminale un risultato analogo a quello che vorrei ottenere ed ottengo col mio metodo, ma in modo più semplice e minorando i pericoli che accompagnano la classica estrazione.

Mi è grato ancora di rispondere con questi cenni anche all'onorevole collega R. Chassinat d'Hyeres, il quale, nel giornale d'*Oftalmologia di Torino*, fascicolo

di giugno 1869, parebbe mi volesse censurare di ciò che parlando dell'insuccesso del trattamento della cataratta col fosforo — metodo Tavignot — non accennassi ai danni provenienti da tal metodo di cura.

Mi potrebbe servire di scusa la dichiarazione da me allora fatta, che malgrado tali insuccessi io intendeva di continuare negli esperimenti, e che quando questi avessero raggiunto un numero apprezzabile, ne avrei pubblicata una relazione.

Posso dir ora che furono oltre cinquanta i casi ne' quali ho tentato il metodo di Tavignot, e che non ebbi in alcuno la benchè minima modificazione obbiettiva nella esistenza dell'opacamento lenticolare, quantunque in qualche caso debba convenire che i pazienti accennavano ad un miglioramento subbiettivo, sempre però incerto e che non reggeva alla prova ottometrica.

In due soli casi, dopo 19 e 20 giorni di applicazione del fosforo, vidi svilupparsi una congiuntivite franca, la quale cedette in pochi giorni alla semplice sospensione delle applicazioni fosforiche.

Aggiungerò ancora che, appena informato del ritorno da Parigi del mio onor. Collega, il dott. Tulli, medico provinciale del Trentino, ed assicurato che non sembrava del tutto avverso alla cura proposta dal Tavignot, io mi recai immediatamente a Trento, ove dimora, per sentire verbalmente i risultati delle sue osservazioni *de visu*. Ciò avveniva nel passato luglio.

Stretto dalle mie domande, dovette pure convenire che nella clinica di Tavignot non avea veduto neppur egli diagnosticare e guarire un solo caso preciso e ben constatato di cataratta; che avea però udito accennare da qualche paziente a dei miglioramenti subbiettivi, mi soggiunse, che teneva molti catarattosi in osservazione, e mi promise che, ove avesse egli ot-

tenuta anche una sola guarigione, me lo avrebbe immediatamente comunicato.

Ancor oggi, trascorsi dunque circa otto mesi, attendo un di lui cenno.

Ciò premesso, aggiungerò che le operazioni di cataratta da me eseguite nel decorso anno 1869 col mio metodo della espulsione *in toto*, furono 60 in questa R. Clinica e 19 nella mia pratica privata, alle quali aggiungendo altre 18 eseguite fino ad oggi nel corrente anno scolastico, e le 20 che furono il movente della prima pubblicazione, danno la somma di 117.

Tal cifra, se non è concludente in modo assoluto, è certo però tale da potervi basare con sufficiente fondamento le osservazioni che seguono:

Nelle operazioni cliniche ebbi sei insuccessi e sono i seguenti:

1.° P. V G. d'anni 63, affetta da cataratta bioculare di consistanza mista. L'occhio destro operato per espulsione, ma non precisamente col mio metodo da un ospite Collega, il quale volle preferire il taglio semicorneale della estrazione classica, alla incisione molto più piccola da me praticata nel solco corneosclerale, si ebbe per esito suppurazione della cornea. Nella medesima paziente l'occhio sinistro, posteriormente operato col mio metodo preciso, guarì perfettamente.

2.° B. A d'anni 64, con cataratta bioculare, dura, complicata a granulazioni congiuntivali succulenti, ruvide, con panno tenue corrispondente. Insistendo il paziente per la operazione fu questa eseguita all'occhio sinistro. Una cheratite consecutiva allo sfregamento del tracoma, impediva la formazione della cicatrice per prima intenzione, aumentava la produzione del panno che divenne sarcomatoso, mentre la associatasi irite lo ridusse all'atrofia.

3.° A. T del Trentino d'anni 44, affetta da cataratta bioculare matura, di consistenza mista.

Nell'occhio sinistro rimasero dei frammenti di capsula e lente, si formò una cataratta secondaria che necessitò la ectomia dell'iride, alla quale seguì tale iperestesie ciliare, che dopo oltre due mesi, alla chiusura della Clinica, persisteva ancora si intensamente, da impedire il dettagliato esame di quest'occhio.

Fu registrata come non guarita all'occhio sinistro. La espulsione fatta all'occhio destro riuscì completa ed ebbe favorevole risultato

Di questa ammalata mi venne riferito quattro mesi dopo, nel gennajo p. p, che reduce in patria si ammansò la fotofobia, e che godeva di una sufficiente visione anche dell'occhio sinistro, essendo la pupille artificiale rimasta pervia e funzionante.

4.° G. G d'anni 58, con faco-scleroma bioculare maturo, senza complicazione.

La operazione eseguita nell'occhio destro ebbe esito fausto; nel sinistro si ruppe la capsula, rimasero in cavità dei frammenti, i quali, provocata una irite con essudazione plastica, formavano una atresia pupillare. Non accettò la proposizione fattagli di eseguire la coremorfosi, perchè contento della visione ottenuta all'occhio destro

5.° B. G di Padova di anni 70 Atrofia del bulbo sinistro, esito di una operazione praticata anni sono, nè si conosce in quali condizioni. Si presentò in questa Clinica con cataratta dura matura all'occhio destro, ma il colore verdognolo dell'opacamento lenticolare, la tensione del bulbo, la sensibilità tattile alquanto diminuita lasciano sospettare tendenza glaucomatosa. È però pronta la visione quantitativa benchè non associata a movimento della pupilla, la quale, qualunque sia lo

stimolo della luce, si trova costantemente in semi-dilatazione.

L'atto operativo della espulsione combinato ad ectomia dell'iride, fu difficoltato nel secondo momento, poichè, rotta la capsula, e rimasti dei frammenti di essa e di sostanza corticale nella cavità bulbare, successe una lenta irite, accompagnata per due volte da emorragia capillare, e per ultimo da stiramento superiore dell'iride, che oblitelò per intero il praticato coloboma. È suscettibile di guarigione con una semplice iridotomia.

6.° R G M. d'anni 60 di Adria. Resi spontanea del bulbo sinistro per antico processo glaucomatoso. Cataratta dura nel destro con manifesti sintomi di eguale tendenza glaucomatosa, cioè esagerata tensione bulbare, insensibilità corneale, notevole diminuzione della camera anteriore, exorbitismo, flebectasia congiuntivale, midriasi ed immobilità della pupilla, e malgrado ciò visione quantitativa pronta e sufficiente. Solo, cedendo alle di lei vivissime istanze, fu intrapresa la operazione con una prognosi assai riservata, e raccomandando al figlio che la accompagnava, che venisse a prender la madre fra pochi giorni, affinchè potesse dessa fruire, nel caso di riuscita, almeno pel primo tempo, del beneficio momentaneo della operazione, che si dichiarava difficilmente duraturo. L'esito immediato della espulsione completa, associata anche in questo caso all'iridectomia, fu oltre ogni dire soddisfacente. La pupilla divenne nerissima, la cicatrizzazione quasi perfetta, la visione qualitativa sorprendentemente distinta.

Il figlio impedito tardò a riprendere la madre, che fu dimessa dalla Clinica solo dopo 17 giorni in ottimo stato.

Nei registri clinici figura quindi come guarita. Non ebbi in seguito di questa paziente veruna diretta notizia, ma nel dicembre dello scorso anno mi venne riferito, che l'occhio operato soggiacque come l'altro a resi bulbare, tre mesi dopo la praticata operazione.

Il caso, fra tutti però di esito più deplorevole ed infausto, ebbi ad osservarlo nella mia pratica privata, e credo doverlo esporre con qualche dettaglio, attese le circostanze singolari che lo accompagnarono, e per le deduzioni pratiche che se ne possono trarre. È desso il seguente

C. L. N. gentildonna di queste provincie, di circa 50 anni, appartenente così all'aristocrazia de' natali, come a quella della intelligenza e della coltura, di costituzione cardio-frenica (Mantegazza), di temperamento eminentemente nervoso, era da molti anni affetta da cataratta bioculare

Ricercò il parere di varii distinti oculisti, i quali tutti, ad eccezione di un solo, convenendo concordemente nella esistenza di un opacamento lenticolare, ammettevano una ignota complicazione morbosa nei tessuti profondi retroposti alla lente Uno anzi fra questi, il quale potè, molti anni addietro, esplorarla collo specchio retinale, ancora nei primordii dell' incipiente opacamento, pronunciava il giudizio, a quanto mi venne narrato, solo dopo la operazione, di degenerazione fungosa

A stabilire la incerta complicazione ostava anzi tutto una sensibilità retinale, assolutamente morbosa, non potendo la paziente affrontare nemmanco una temperata luce diurna senza grave fastidio, e quantunque l'appartamento in cui abitava fosse costantemente adombrato, un ammiccamento palpebrale frequentissimo, — *nictitatio morbosa* — indicava la insigne fotofobia, ed

impediva un esame, per quanto rapidamente eseguito. L'occhio destro avea poco più che visione quantitativa con moto pupillare appena constatabile; il sinistro però valeva ancora a leggere caratteri equivalenti al numero 9 dell'ottometro di Jäger.

Convenendo colla maggioranza degli specialisti che la esaminavano antecedentemente, dovetti dichiarare, che ostava ad una precisa e completa diagnosi principalmente l'opacamento della lente, e che, allontanato questo, si potrebbe forse, ove la operazione riuscisse felicemente, riconoscere e stabilire la malattia coesistente nei tessuti più profondi retroposti alla lente.

Veniva pronunciato un pronostico più riservato, e si stabiliva di praticare la operazione nel solo occhio destro

Venne dessa infatti eseguita col mio metodo nel modo più semplice, e con esito immediato tecnicamente perfetto; poichè in pochi secondi tutto l'apparato capsulo-lenticolare integro era espulso attraverso una piccola ferita del solco corneo-sclerale superiore, e le labbra della ferita combaciavano completamente, senza veruna intromissione di tessuto irideo.

Un Collega assistente all'atto operativo, vista al-l'angolo interno la lente, esclamava sorpreso, una cataratta negra, e tale era diffatti, quantunque non fosse mai stata come tale diagnosticata, attesa una circostanza dal tutto singolare; che cioè la capsula anteriore era tutta coperta all'innanzi da una pseudo - membrana, siffattamente densa e di colore biancastro, da impedire assolutamente il riconoscimento di questa opacità nella lente

Brevi istanti dopo, appena finita la operazione, venne presa la operata improvvisamente da ricorrenti lipotimie, che perdurarono senza interruzione per quasi sei

ore, accompagnate da continua spasmodica lagrimazione.

La operazione era stata praticata verso un'ora pomeridiana, e solo alle ore sette di sera cominciò un periodo di calma, che durò per quattro interi giorni. La paziente si alzava giornalmente, non accusava che leggiero dolore, non avea reazione nè generale nè locale, conservava integre le attività del tubo gastro-enterico, dormiva abbastanza tranquillamente le notti.

Durante questi primi quattro giorni, malgrado una densa fasciatura contentiva applicata biocularmente con cuscinetti di bambagia involti in pannolino, distingueva con facilità e prontezza, alla distanza di oltre un metro, coll'occhio operato, il lume di una candela, e lusingavasi perciò ragionevolmente di un fausto esito terminale.

Nella notte, fra il quarto e il quinto giorno, sotto l'impressione di un sogno sveglossi, ed al mattino susseguente mostrava nella fasciatura e nella pezzuola con cui s'asciugava una pregressa abbondante emorragia.

Era dessa cessata affatto ancora il mattino del quinto giorno, ma vi succedeva una lagrimazione semplice, piuttosto abbondante, ed un po' tinta, per la emorragia antecessa.

Sfasciato definitivamente l'occhio in ottava giornata, la cicatrizzazione si scorgeva perfetta, un grumo di sangue occupava il segmento superiore del campo pupillare, inferiormente però la pupilla era libera; e lo specchio retinale rivelava dei depositi di pigmento all'emisfero retinale inferiore, molto estesi e con minime insufficienti lacune — *Retina tigrata* —, la visione qualitativa era nulla.

Il coagulo sanguigno diminuiva lentamente, quando circa due mesi dopo, in seguito ad un repentino stra-

ordinario cangiamento atmosferico, burrasca nevosa, si produsse una novella emorragia intraoculare, che ripetevasi cinque giorni dopo dietro egual causa, riempiendo la camera anteriore, senza però avere la forza di alterare per nulla la solida cicatrice epicorneale.

Sopravenne in tale momento per colmo di fatalità una gravissima domestica sciagura, che sforzava l'infelice paziente a lungo e dirotto pianto.

A poco a poco l'occhio in tali condizioni venne condotto lentamente, senza fenomeni di grave irritazione, a perfetta atrofia.

Durante tutta la cura non fu obbligata a letto un solo giorno, ed i dolori non furono mai tali da indicare l'uso di anestetici, sia locali sia generali.

Per me non vi ha dubbio: il caso in questione ci presenta un esemplare squisito di emofilia (Weker) associata a pigmentazione retinale, impossibile a diagnosticarsi, e motivo specialmente della suesposta pseudomembrana anteriore all'apparato capsulo cristallino, e tenuta forse per degenerazione fungosa da chi avea potuto specularla ne' primordii dell'opacamento (¹).

Facendosi ora la domanda, se operata con altro metodo avrebbe forse potuto ottenere migliore risultato, non esito non istante a dichiararmi negativamente; poichè la estrazione classica non avrebbe potuto darci al certo nè più deterso campo pupillare, nè più solida cicatrice, la reclinazione avrebbe lasciato il corpo irritante nella cavità bulbare, e la discissione sarebbe

(¹) Conservo l'interessante preparato nella sua integrità per servirmene nel prossimo Congresso a svolgere la questione, ancora insoluta, della pigmentazione lenticolare, riservando a tale momento le eventuali ricerche microscopiche, ed analisi chimiche, pronto frattanto a lasciarlo ispezionare dagli onorevoli Colleghi che me ne facessero richiesta

stata impossibile, atteso lo spessore della pseudo-membrana anzidetta, e la durezza della lente.

Tale terminazione, per quanto sventuratamente infausta, ebbe però ad assai debole compenso un qualche vantaggio; si potè cioè minorare con adatta cura igienica, e con un collirio anestetico-midriatico, la condizione analoga di iperestesia ciliare dell'occhio sinistro intatto, e lo si avrebbe potuto ancor più, se la paziente, meno avversa a sì innocente finzione, si fosse adattata alla protesi oculare del destro, assai facilmente applicabile, e con perfetta illusione, attesa la solida cicatrice, e la integrità dell'apparato muscolare.

Gli altri casi tutti si possono dividere in due costanti tipi, dei quali il primo, che comprende i quattro quinti ed oltre degli operati, io vorrei chiamare di guarigione istantanea; ed è quello, ove la espulsione riesce immediatamente completa; il secondo, di guarigione che si effettua gradatamente a poco a poco, ove cioè, rottasi la capsula, rimasero in cavità dei frammenti, o di sostanza corticale od anche della capsula stessa.

Ove si ponga or mente alla somma dei risultati e si osservi che una pubblica clinica è destinata specialmente alla istruzione, che i casi dubbii i quali presentino delle complicazioni sono sempre preferiti, perchè maggiormente istruttivi, alle forme più semplici; ove si consideri che i pazienti prima di recarsi in uno spedale ricercano il parere non solo del loro medico più vicino, ma ricorrono ai primarii del capo luogo della provincia, che in quasi tutte le città provinciali dell'alta Italia, dopo oltre 40 anni dalla fondazione delle cliniche speciali, si trovano dei distinti oculisti operatori, i quali certo non si lasciano sfuggire una semplice operazione di cataratta, che offra loro

probabilità di successo, e che quindi solo i non accolti da essi si volgono come ad ultimo rifugio al chnico istituto, si comprenderà di leggeri che mal si può non corrispondere ai loro desiderii ed alle loro preghiere, e rifiutarsi ad un tentativo per quanto incerto, purchè dia anche l'ombra sola di una lontana speranza di guarigione.

Si dovrà però con Arlt convenire in pari tempo: che la statistica procentuale degli esiti fausti in una pubblica clinica debba riuscire sempre minore di quella, tratta da una pratica privata scelta, o da un istituto non pubblico, ove vengono accettati soltanto quei casi, i quali offrano nel loro insieme maggiore probabilità di esito favorevole.

Il metodo del resto da me proposto, ne convengo pienamente, è ancora ben lungi dalla perfezione, ed io stesso ravvisai fondata la accusa di qualche inconveniente che mi venne da alcuni colleghi segnalato, come la frequente deformazione della pupilla, ed in qualche caso la cicatrice cistoidea.

Ad evitarli si propose l'escisione dell'iride: ma con questa è di necessità assolutamente conseguente la deformazione della pupilla pel coloboma artefatto, e perciò che riguarda la cicatrice cistoidea, se anche è dessa coll'ectomia evitata nel centro, non lo è sempre ai lati della ferita, mentre col mio metodo, diminuendosi a poco a poco, nel più dei casi si riduce sì piccola ed è così facilmente tollerata, che io non mi vidi ancora una sol volta nella necessità di praticare posteriormente la escisione del prolasso.

Ad evitare però anche questi leggeri inconvenienti, sottoposi il metodo da me proposto lo scorso anno ad una ulteriore modificazione.

Mantenendo il taglio dell'involucro fibroso sempre

nel solco corneo-sclerale, lo eseguisco con un largo cheratotomo lanceolato, dilatandolo poscia mediante una forbice bottonuta ad ambe le branche.

Tale incisione viene fatta sempre al lato esterno ad evitare sotto i movimenti palpebrali il disturbo nel parallelismo della ferita quasi perpendicolare. Introduco il cucchiajo non piegato ad angolo, ma rettilineo e reso ovale ai lati, colla superficie concava riguardante il campo pupillare.

Penetro fra il margine pupillare e la superficie posteriore dell'iride fino alla zonula, sia superiormente sia inferiormente, e rivolgendo allora la concavità di esso posteriormente alla lente, viene questa espulsa attraverso il foro pupillare e spinta quindi da un punto interno verso l'apertura corneale esterna, sempre nel diametro orizzontale.

Gli ultimi casi operati in tal guisa presentano appena una deformazione della pupilla, e la cicatrice cistoidea manca del tutto.

Ho abbandonato del resto ogni fasciatura dopo la operazione, e ciò feci sin dal gennajo dell'anno decorso, senza ch'io possa avvedermi di svantaggi nel processo di cicatrizzazione.

La blanda compressione dell'orbicolare delle palpebre colla molle e liscia congiuntiva sul bulbo, costituisce la miglior fasciatura.

Dopo ciò, sono ben lontano dal credere che con questi pochi cenni sia pronunziata l'ultima parola in argomento; ma ho per fermo ed indubitato, che il metodo da me proposto e propugnato sia fra tutti il più innocente dei metodi, e che dia il più completo dei risultati.

La visione ottometrica non può essere che eccezionalmente esperita, poichè la massima parte de' miei

operati è illetterata, ed affinchè del resto avesse un valore reale, dovrebbe essere conosciuto il V ottometricamente prima dell'opacamento; ma riflettendo che si allontana dall'asse ottico tutto ciò che vi era di opaco, che una proliferazione di cellule alla superficie anteriore della capsula posteriore non può aver luogo, come in ogni altra estrazione, ove per la cistotomia anteriore questa rimane necessariamente e costantemente in sito, che la pupilla acquista tale nitida nerezza che appena può vedersi tale nei bambini, che una cataratta secondaria è accidente affatto eccezionale, che senza preparazione di sorta, senza veruna assistenza, lasciando intatta l'iride, si pratica tutta la operazione in pochi secondi, e che perciò nei casi del primo tipo, e sono abbastanza numerosi, è assolutamente nulla la reazione; devesi pur convenire: che se la visione era abolita antecedentemente pel solo fatto di un opacamento dell'apparato cristallino, essa debba essere col metodo da me proposto, facilmente e per quanto è possibile, ripristinata.

Il $V = 1$ se si potè constatare in qualche caso eccezionale cogli altri metodi, e ciò in occhi antecedentemente forse miopici od ipermetropici, con questo metodo deve anche *a priori*, per leggi fisiologiche ben note, riuscire molto più frequente e perfetto (¹).

Padova, 12 Febbrajo 1870

(¹) Tale pubblicazione venne ritardata fin oggi per malattia dell'Autore.

Dalla *Gazzetta Medica Italiana - Provincie Venete*,
Anno XIII. N.i 20 e 21.



